Angebotsschreiben arbeitsmedizinische Vorsorge

Grundlage: ArbMedVV § 5

BETRIEB (ABSENDER)

DATUM

BESCHÄFTIGTE/R

TÄTIGKEIT / ARBEITSBEREICH

Angebot arbeitsmedizinischer Vorsorge

ANLASS DER VORSORGE (Z. B. LÄRM, BILDSCHIRMARBEIT)

aufgrund Ihrer Tätigkeit bieten wir Ihnen eine arbeitsmedizinische Vorsorge (Angebotsvorsorge) nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) an. Die Vorsorge dient Ihrer Beratung sowie der Früherkennung arbeitsbedingter Gesundheitsstörungen.

- Die Teilnahme ist freiwillig.
- Körperliche oder klinische Untersuchungen finden nur mit Ihrer Einwilligung statt.
- Die Ergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Der Betrieb erhält nur eine Bescheinigung, dass, wann und aus welchem Anlass die Vorsorge stattgefunden hat.
- Lehnen Sie das Angebot ab, wird es Ihnen trotzdem in regelmäßigen Abständen erneut angeboten.

BETRIEBSARZT / ÄRZTIN (NAME, ANSCHRIFT)

TERMINVORSCHLAG

Rückmeldung

Bitte ankreuzen und an die Personalabteilung zurückgeben

☐ **Ich nehme das Angebot an** ☐ **Ich nehme derzeit nicht teil**

Unterschrift Betrieb

Ort, Datum

Unterschrift Beschäftigte/r

Muster ohne Gewähr. Bitte an Ihren Betrieb, die Gefährdungsbeurteilung und die Herstellerangaben anpassen. Maßgeblich sind die genannten Vorschriften in der jeweils gültigen Fassung.